Processo de Enfermagem

- Método cientifico de resolução de problemas aplicado à prática de enfermagem
- É, portanto, uma estrutura lógica sobre a qual se baseia a assistência em Enfermagem
- É constituído por 4 fases:

1º - Identificação do problema

- Colheita de Dados
- Analisar, interpretar, sintetizar e documentar os dados recolhidos com exatidão.
- Identificação do problema (diagnóstico de enfermagem)

2º - Planeamento

- Hierarquização dos problemas
- Traçar objetivos/ resultados esperados
- Planear ações de enfermagem

3º - Execução

4º - Avaliação

- Comparar os resultados obtidos com os objetivos traçados

<u>Processo de Enfermagem (Identificação do Problema)</u>

- A Colheita de Dados permite:
  - Identificar as necessidades globais de saúde, do utente- na admissão;
  - Avaliar a progressão do estado da pessoa (utente)-durante o internamento;
  - Avaliar os cuidados recebidos (enf.) - na avaliação;
- Natureza dos dados:
  - Subjetivos: se dizem respeito ao que diz ou do que se queixa o doente, mas que não pode ser avaliado pelo enfermeiro, como os **sintomas**
  - Objetivos: estes são os que provêm da observação ou do exame do enfermeiro, como as manifestações objetivas físicas e químicas (ex. hipoglicémia), que são os **sinais**
- Formas de efetuar a Colheita de Dados
  - Entrevista estruturada (questionário/ formulário-utilizado no momento da admissão)
  - Entrevista não estruturada: perguntas que não seguem nenhum padrão
  - Observação
  - Consulta de registos
    - *Carta de transferência/ alta
    - *Processo do utente
    - *Relatórios/ exames complementares de diagnóstico
  - Consulta de outras fontes de informação:
    - *Cuidadores principais: dão a informação sobre o utente
    - *Acompanhantes do utente
    - *Outros membros da equipe de saúde
- Analisar, interpretar, sintetizar e documentar os dados recolhidos com exatidão
  *Comparação dos dados com as caraterísticas definidoras ou padrão (são os dados colhidos da pessoa e não generalizado)

Identificação do problema (diagnóstico de enfermagem)

Representa o problema que o assistido apresente e passe por ações de enfermagem e existem 3 tipos:

- Diagnóstico de enfermagem real, ou problema real (têm de incluir “devido a” e “manifesta-se”)
- Diagnóstico de enfermagem de risco, ou problema potencial (problemas que embora ainda não estando presentes podem ocorrer no futuro,” risco de” e “relacionada com”. Ex: úlceras por pressão)
- Diagnóstico de enfermagem de bem-estar, ou problema de bem-estar (após a alta, usar as potencialidades todas do utente)

Processo de Enfermagem (Identificação do Problema)

O diagnóstico de enfermagem deve incluir:

- O problema em si
- A causa se conhecida de ordem: (“relacionado com”, “devido a”)
  - Fisiológica: imobilidade, doença;
  - Psicológica: medo da morte;
  - Espiritual: incapacidade de praticar crenças religiosas;
  - Sociocultural: barreira linguística;
  - Ambiental: barulho excessivo;
- O diagnóstico de enfermagem deve incluir:
  - Como se manifesta
    - Ex: Comunicação verbal alterada, relacionada ou devida a AVC, manifestada por disartria
    - Obviamente no Diagnóstico de enfermagem de risco, ou problema potencial não se põe as manifestações

Processo de Enfermagem (Planeamento)

- Hierarquização dos problemas/ estabelecer prioridades
- Isto porque problemas há que para serem resolvidos outros há que têm de ser resolvidos em primeiro lugar, desta forma;
- Trata-se de um processo de tomada de decisão do enfermeiro, que classifica as necessidades/problemas em ordem de prioridades, com a participação do cliente e família de acordo com a experiência do enfermeiro e o seu conhecimento científico, avaliando o grau de ameaça do bem-estar do cliente, família ou comunidade.

Hierarquização dos problemas/ estabelecer prioridades

- Um guia que pode ser utilizado é a chamada pirâmide de Maslow
  - Problemas ao mesmo nível da pirâmide devem ser resolvidos ao mesmo tempo (dispneia e hipotermia)
  - Problemas com níveis≠ da pirâmide (dificuldade a andar e falta de autoestima) devem ser resolvidos um de cada vez

Processo de Enfermagem (Planeamento)

- Nata: as primeiras necessidades a serem satisfeitas são as da base da pirâmide, porque sem estas satisfeitas não se satisfazem as seguintes

Processo de Enfermagem (Planeamento)

- Traçar objetivos/ resultados esperados:
  São declarações daquilo que se pretende "alcançar" por meio de uma intervenção de enfermagem.
- Ao traçar objetivos devemos ter em conta:
  - Recursos Humanos (família ou cuidadores principais)
  - Recursos Materiais (equipamento, tempo, custos)

Processo de Enfermagem (Planeamento)

- Caraterísticas dos objetivos/ resultados esperados:
  - Os objetivos são traçados em termos de resultados esperados para o cliente, portanto centrados no utente (fazer o doente baixar a temperatura)
  - Devem ser realistas (dentro das potencialidades do cliente e do enfermeiro)
  - Os resultados esperados devem ser *observáveis e mensuráveis* (Ex: fazer o doente baixar a temperatura até aos 37^0C) para melhor serem avaliados
  - Devem mencionar prazos:

    * **Curto prazo** (desde horas até 2 ou 3 semanas) como no caso de uma infeção a nível da oro faringe

    * **Longo prazo** são aqueles que resultam de esforços prolongados no tempo, como por exemplo na prevenção de úlceras de pressão

Processo de Enfermagem (Planeamento)

- Caraterísticas dos objetivos/ resultados esperados:
  - Os objetivos devem ser **coerentes** (não podem colidir com os trabalhos dos outros membros de saúde); isto é, devem permitir o emprego de outras terapias, não entrando em conflito ou anulando os objetivos de outros profissionais de saúde (integrados na equipe multidisciplinar)
  - Devem ser **discutidos** com o utente/ família ou cuidadores principais

- Os objetivos devem ser **especificados**, isto é, devem mencionar o **sujeito**, o **comportamento pretendido**, a **condição** e o **critério**

Processo de Enfermagem (Planeamento)

- Caraterísticas dos objetivos/ resultados esperados:

Os objetivos devem ser **especificados**, isto é, devem mencionar o

- Sujeito “O utente”
- Comportamento pretendido “deve andar”
- Condição “com ajuda”
- Critério “2 vezes por dia durante 10 minutos”
- Prazo “no espaço de 2 semanas”

Processo de Enfermagem (Planeamento)

- Planear ações de enfermagem, ou elaborar um plano de cuidados
  - Coordenação como plano integral de cuidados (com a restante equipa de saúde)
  - Baseado em princípios científicos
  - Assegurar a máxima saúde/ segurança física e emocional ao utente
  - Realista
  - Discutido com o cliente/família/ cuidadores
  - Englobar a participação do cliente/família/ cuidadores

Processo de Enfermagem (Planeamento)

- Planear ações de enfermagem, ou elaborar um plano de cuidados
  - Discutido com a equipa
  - Especificar as intervenções (muda-se o plano consoante a pessoa, por exemplo, a dosagem)
  - Dinâmico
  - Flexível
  - As ações de enfermagem planeadas podem assumir a faceta de:
    * Fazer por
    * Ajudar
    * Orientar/ ensinar (princípios orientadores: servem para todos)
    * Supervisionar

Processo de Enfermagem (Execução)

- Execução: implementa os cuidados de enfermagem planeados para atingir os objetivos/ resultados esperados, de acordo com a orientação do plano de cuidados.
  - A execução é orientada para a ação/parte prática (saber ser, saber fazer, saber estar)
  - As competências necessárias são:
    - Cognitivas

- ❖ Interpessoais
- ❖ Técnicas

Processo de Enfermagem (Execução)

- Requer:
  * Rigor Técnico e cientifico
  * Tomada de Decisão
  * Destreza manual
  * Colaboração do utente/ família ou cuidadores principais
  * Ensino aos mesmos
  * Encaminhamento para outros profissionais
  * Relação terapêutica (utilizar as capacidades do utente para tentar alcançar os objetivos- Ex: pôr a andar)
  * Parceria com os outros profissionais (enfermeiros e restante equipe de saúde)

Processo de Enfermagem (Avaliação)

- Avaliação: consiste em comparar os resultados obtidos, após a intervenção de enfermagem, com os objetivos resultados esperados que foram traçados anteriormente, pelo que:
  - Avalia o resultado das intervenções.
  - Identifica os desvios (se foi ou não alcançado os objetivos) entre o previsto/ esperado e o alcançado,
  - Avalia comparando a situação atual, face à anterior e à esperada (por ex.: não conseguiu totalmente, mas ainda andou)
  - A avaliação é um processo contínuo que ocorre de forma constante ao longo da interação com o Cliente e Família.
- Avaliação permite:
  - Identificar as razões de insucesso, se tal for o caso.
  - Em caso de insucesso permite adotar medidas corretivas
  - Utiliza os dados da avaliação para atualizar o plano de cuidados.
- O que se avalia:
  - A evolução do utente; } particular(a 1 utente)
  - O próprio utente (nomeadamente a motivação); }
  - O sistema de saúde; }
  - Os profissionais de saúde; } necessários mais utentes
  - A qualidade dos cuidados prestados }

- Quando se avalia:
  - Processo contínuo;
  - Periodicamente segundo a situação (minutos, diária semanal, mensal);
  - Conforme os prazos estabelecidos nos objetivos
- Quem avalia:
  - O enfermeiro;
  - O utente/ família ou cuidadores principais;
  - O enfermeiro responsável
  - Por consultores/auditores externos (enfermeiros ou médicos que não estão naquela área especifica)

- EX:
  - Diagnóstico de enfermagem: Alteração da mobilidade, relacionado com queda, manifestado por dificuldade na mobilização
  - Resultados esperados/ objetivos: O utente deve andar com ajuda 2 vezes por dia durante 10 minutos no espaço de 2 semanas
  - Ações de enfermagem
  - Avaliação

<u>Processo de Enfermagem (Caraterística de Continuidade)</u>

- Quando alterar o plano de enfermagem?
  - 1º - Na etapa avaliação verifica-se que os resultados obtidos **são** coincidentes com os objetivos/ resultados esperados
  - 2º - Na etapa avaliação verifica-se que os resultados obtidos **não são** coincidentes com os objetivos/ resultados esperados

    * Deficiente colheita de dados e assim altera o diagnóstico de enfermagem, os objetivos/ resultados esperados, plano de cuidados e execução

    * Problema mal identificado ou diagnóstico de enfermagem mal identificado e assim altera os objetivos/ resultados esperados, plano de cuidados e execução

<u>Processo de Enfermagem (Caraterística de Continuidade)</u>

- Quando alterar o plano de enfermagem?
  - 2º - Na etapa avaliação verifica-se que os resultados obtidos não são coincidentes com os objetivos/ resultados esperados
    * **Objetivos/ resultados esperados** não adequados ao utente, por exemplo demasiado ambiciosos, o que implica também alteração do plano de cuidados e execução
    * **Plano de cuidados** mal concebido, com consequências a nível da execução
    * A **execução** não é efetuada de acordo com o plano de cuidados

  - 3º - Quando surgem novos problemas

<u>Processo de Enfermagem (Vantagens)</u>

- Vantagens do Processo de Enfermagem:
  - Fomenta a inovação, eliminando a rotina
  - Obtenção de novos conhecimentos na área de enfermagem
  - Descoberta de novas respostas para os problemas de enfermagem
  - Individualização dos cuidados de enfermagem (nos objetivos e no planeamento)
  - Continuidade dos cuidados de enfermagem (todos fazem de igual forma)
  - Melhoria dos cuidados de enfermagem

COMUNICAÇÃO

- Pode-se considerar como a necessidade de entender e fazer-se entender
- Pelo que decorre de uma relação interpessoal pela qual os interlocutores se podem compreender e fazer-se compreender, ou influenciarem-se mutuamente

Finalidades da Comunicação

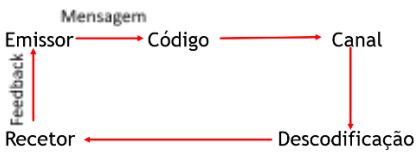
- **Como emissor**: para transmitir as nossas mensagens
  - Diretiva: quando fornecemos informação ou ensinamos alguém a executar uma tarefa
  - Criativa: quando ajudamos alguém a descobrir por si próprio e que deve ser feito e como fazê-lo
- **Como recetor:** para obter mais informação

Componentes da Comunicação

- Fonte ou emissor(fala): é o indivíduo ou processo que emite a mensagem para outro indivíduo, grupo ou processo; é o início, a fonte primária que desencadeia a comunicação.
- Mensagem: é o conteúdo da comunicação; a informação que se deseja transmitir.
- Código: é utilizado para o processo de transformação de uma ideia em mensagem por meio de seus símbolos, como a linguagem humana, a escrita, gestual…
- Canal: é o veículo utilizado pelo emissor para transportar a mensagem (forma como é transmitida a msg-telemóvel, boca, carta…).
- Recetor(ouve): é a pessoa ou processo que recebe a mensagem após decodificá-la.
- Retroalimentação ou feedback: é a reação do recetor captada pelo emissor(receção do emissor, que pode ser ou não imediata-a partir da TV não é imediata a reação)

Nota: relação biunifeca (entender e fazer-se entender)

Esquema da Comunicação



Tipos de Comunicação

- Comunicação Verbal:
  - Falar
  - Comunicação escrita
  - Linguagem gestual
  - Braille

- Comunicação não Verbal:
  - Aparência
  - Expressões
  - Postura
  - Gestos
  - Toque

<u>Fatores que interferem na Comunicação</u>

- Quanto ao emissor:
  - Conhecimentos insuficientes sobre a informação que está a transmitir;
  - A informação que transmite não é verdadeira, de forma intencional
  - Transmitir a informação muito rapidamente
  - Emprego de palavras ambíguas (trânsito-carros, intestinal)
  - Linguagem inadequada
  - Incapacidade em aceitar o meio termo
  - Valores e crenças (baseados em raciocínios lógicos, não são discutíveis porque fazem parte da pessoa)
  - Utilizar gírias
  - Frases muito longas
- Quanto ao emissor:
  - Dificuldade em criar um clima de confiança (relacionado com conhecimentos) e respeito mútuo com o recetor
  - Expressão “fechada”
  - Colocar-se a distancias inferiores a 0,5 metros, ou superiores a 1,5 metros do recetor (o melhor está entre 0,5 e 1,5)
  - Interromper o doente, quando este está a falar
  - Não demonstrar empatia com o recetor
  - Dificuldade em “ouvir” o recetor
  - Dificuldade em percecionar o feedback fornecido pelo recetor

- Quanto à mensagem:
  Esta poderá não ser clara e objetiva

- Quanto ao código:
  - Como por exemplo utilizar linguagem não conhecida pelo recetor
- Quanto ao canal:
  - Este pode não ser o mais adequado como por exemplo utilizar a voz num recetor surdo
- Quanto ao recetor:
  - Problemas de analfabetismo e ou audição
  - Estados físicos ou psicossociais que dificultem a interpretação da mensagem
  - Opiniões e crenças pré-concebidas

Técnicas de Comunicação Terapêutica(fazer)

- Respeitar o silêncio
- Abertura, proporcionando um diálogo aberto
- Aceitação das mensagens do recetor (feedback)
- Dar espaço á verbalização das emoções
- Pedir esclarecimentos sobre algo menos claro
- Verbalizar o que está subentendido (esclarecer ou explicar o que está subentendido)

Técnicas de Comunicação não Terapêutica (evitar fazer na comunicação)

- Aconselhar
- Rejeitar
- Transmitir informações com carater estereotipado (“É de Portalegre não faz nada então”)
- Minimizar sentimentos expressos
- Paternalismo (“eu é que sei tudo”, “tu não sabes nada”, “Eu é que mando”)
- Dar a resposta ao colocar a pergunta (” Quando vai andar, cansa-se muito né?”)
- Perguntas fechadas (sim ou não, são limitativas)

Entrevista

- Pode ser definida como um diálogo com um propósito, pelo que tem as seguintes finalidades:
  - Colher dados, no momento de admissão do utente
  - Contribuir para a resolução de problemas/satisfação de necessidades do cliente – Diagnósticos
  - Avaliar os resultados de uma intervenção

  Tipos de Entrevista
  - Estruturada: pré-definida, na admissão impresso/guião com o mesmo tipo de perguntas para todos os utentes
    - Padronizada
    - Número fixo de perguntas
    - Na admissão do utente
  - Semiestruturada: não é muito usada em enfermagem
    - O entrevistador, tem como ponto de partida uma diretriz estabelecida previamente, só por exemplo com assuntos a debater
  - Não estruturada: não planeada, algo do momento
    - Não baseada em perguntas base
    - Utilizada durante o internamento

  Vantagens da Entrevista
  - Possibilita a obtenção de informação diversificada
  - Possibilita a obtenção de informação em profundidade
  - Não exige que o entrevistado saiba ler ou escrever
  - Oferece flexibilidade

- Possibilita ver expressões do entrevistado(feedback)

Etapas da Entrevista

- 1º Fase de Preparação
- 2º Fase de Orientação
- 3º Fase de Exploração
- 4º Fase de Conclusão

1º Fase de Preparação

- Escolha da ocasião:
  - Ter em conta o período de tempo necessário para decorrer a entrevista(estruturada)
  - Fora dos períodos críticos de doença
  - Em caso de o doente estar fatigado não efetuar a mesma
  - Não coincidir com horários de exames complementares de diagnóstico
  - Fora da hora das visitas
  - O Enfermeiro deve escolher uma hora livre de outros compromissos profissionais
- Escolha do local:
  - Calmo onde não haja risco de interrupções ou distrações
  - Que proporcione privacidade

2º Fase de Orientação

- O enfermeiro deve apresentar-se
- O que vamos fazer
- Deve explicar a finalidade da entrevista

3º Fase de Exploração

- Fase de obtenção de informação específica
- Iniciar esta fase com questões de carater mais geral, como a idade profissão…
- De seguida fazer questões de ordem mais intima ou pessoal

4º Fase de Conclusão

- Uma vez cumprida a finalidade da entrevista o enfermeiro deve demostrar que não tem pressa
- Perguntar ao doente se tem dúvidas para esclarecer e perguntas a colocar
- Explicar ao doente que poderá expor as suas dúvidas ou questões em qualquer momento (mesmo fora do âmbito da entrevista)
- Agradecer ao entrevistado

Regras para a condução da Entrevista

- Verificar se o utente percebe o que lhe é dito
- Usar linguagem adequada ao utente
- Fazer uma pergunta de cada vez
- As perguntas não devem deixar implícitas as respostas (“Quando vai tomar café, vomita?”)
- Estimular a respostas completas
- Utilizar comunicação verbal e não verbal
- Comunicação face a face
- Escuta ativa

- Empatia
- Utilizar reforços positivos

Comportamentos a evitar no decurso da Entrevista

- Dar conselhos;
- Propor soluções rápidas;
- Tranquilizar levianamente o cliente, utilizando frases estereotipadas ou enganosas
- Mudar rapidamente o tema da conversa para evitar assuntos dolorosos ou delicados
- Fazer juízos de valor
- Acelerar o ritmo da conversa
- Mostrar pouca disponibilidade

Observação

"Sem o costume de observar de maneira rápida e atilada, nós, enfermeiros, seremos inúteis, mesmo com toda nossa abnegação" (Florence Nightingale)

Observação

- Perceção de dados colhidos através dos **órgãos dos sentidos**, aplicado a um ser ou objeto.
- Colidir com a observação com a higienização na prestação de cuidados (analisar a parte física e a parte mental)
- Finalidade da Observação

  Colheita de dados:
  - Na admissão do utente
  - Durante a prestação de cuidados
  - Na etapa da Avaliação do Processo de Enfermagem

Uso dos órgãos dos sentidos na Observação

- Visão
  - Observamos a cor da pele, o aspeto geral, a postura, os movimentos do corpo, o comportamento; fazemos a leitura de instrumentos (termómetro, ECG, monitores, RX)….
- Audição
  - Ouvimos sons respiratórios, intestinais, tom de voz da pessoa (revela seu estado emocional), TA…
- Olfato
  - Sentimos odores característicos de alguns quadros clínicos:
    - hálito cetónico (acetona)- Diabetes descompensado
    - odor característico de algumas secreções (infeções)

        - ❖ substâncias tóxicas em casos de intoxicações
    - Tato:
        - Utilizado para detetar texturas, irregularidades, pulso, temperatura

Condições necessárias à Observação

- Boas condições físicas do observador (órgãos dos sentidos saudáveis)
- Boas condições intelectuais do observador (saber, curiosidade, perspicácia)
- Boas condições morais do observador (interesse, respeito pelo observado, descrição)

Nota:. Devemos compreender que observar é perceber com todos os órgãos dos sentidos o mundo que nos rodeia, porém, nossas perceções podem sofrer influências de experiências anteriores, expectativas, motivações e emoções, podendo alterar o resultado de nossas observações.

Manter sempre a objetividade

Tipos de Observação

- Segundo os órgãos dos sentidos
    - Simples
    - Armada (com materiais de apoio, como, o esfigmanómetro, estetoscópio)
- Segundo os meios utilizados
    - Estruturada ou sistemática (ver a cabeça, o pescoço e o corpo)
    - Não estruturada ou casual (durante a prestação de cuidados, existe uma observação não linear)
- Segundo a presença do observador
    - Direta (o observador está presente na observação)
    - Indireta (o observador não está na observação e recebe os dados por outrem)

O que observar

- Comportamento humano, (incluindo comportamentos verbais e não verbais)
- Sinais e sintomas
- Ambiente

Limitações da Observação

- Quadro de valores do observador
- Atitudes que induzam a comportamentos
- Alteração de comportamentos no observado devido à presença do observador
    - Diminuição da espontaneidade
    - Ocultação de comportamentos

Observação, no Exame físico

- Deve-se iniciar observando:
  - Aspeto geral
  - Estado de consciência
  - Capacidade de comunicação (mesmo em utentes desorientados no tempo e no espaço)
  - Idade aparente e idade real
  - Cor da pele e mucosas
  - Estado de nutrição (peso, aspeto do cabelo…)
  - Avaliação de SV

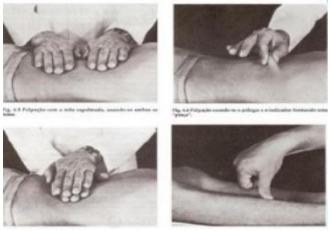
Técnicas na avaliação física usadas na Observação

- Inspeção:
  - Técnica de avaliação que consiste na observação da superfície corporal do cliente. (Visão)
- Palpação:
  - Permite detetar características como textura, temperatura, massas… (Tato)
  - O grau de pressão varia com o que se pretende examinar podendo assim ser leve (1cm) ou profunda (4cm).

  - Esta técnica pode ser dificultada por:
    - Ansiedade do utente
    - Desconforto físico
    - Obesidade

Técnicas na avaliação física usadas na Observação

- Palpação:



Técnicas na avaliação física usadas na Observação (Palpação)

- Tónus muscular(tonicidade): capacidade de elasticidade das fibras musculares
- Crepitação: ruido feito pelos ossos ou sentido pela palpação em diferentes condições (articulações, fraturas ósseas, hematomas, etc.).

Área Corporal avaliada	Critérios avaliados pela Palpação
Pele	Temperatura, hidratação, sensibilidade, textura, edemas
Órgãos	Presença ou ausência de massas
Vasos sanguíneos	Amplitude, frequência e ritmo
Músculos	Massa muscular(visão tb), tónus muscular
Ossos e articulações	Simetria, forma, presença ou ausência de deformidade (visão tb), crepitação, rigidez (articular)

Técnicas na avaliação física usadas na Observação

- Precursão:
  - Consiste na produção de vibração e consequentes ondas sonoras através do batimento da superfície corporal diretamente ou indiretamente com um dos seus dedos. devido as densidades dos diferentes órgãos do corpo humano cada um deles filhos produz caraterísticos identificados à percussão (Audição)
  - Avalia-se a densidade de uma cavidade ou órgão.
- Timpânico: cavidade fechada que contém ar, como um tambor (estômago)
- Maciço: regiões sólidas, sem ar (fígado, Rins)

Técnicas na avaliação física usadas na Observação

- Precursão: executa-se golpeando com a borda ungueal do dedo médio da mão direita na superfície dorsal da 2ªfalange do dedo médio ou indicador da outra mão.

- Auscultação:
  - Consiste em avaliar e ouvir direta (ouvido) ou indiretamente (estetoscópio) o som produzido por algum órgão e tecidos do corpo, mais vulgarmente o coração, pulmões e intestino.
  - Roncos: ocorrem em consequência da passagem de ar pelas vias aéreas estreitadas, repletas de secreções ou líquidos. São mais audíveis durante uma expiração e se modificam com uma tosse.
  - Sibilos: São ruídos sussurrantes, decorrentes da passagem do ar por vias aéreas estreitadas. Quando muito intensos podem ser audíveis sem estetoscópio. São associados a bronco constrição uma asma, bronquite.
  - Fervores (ouve-se como se tivesse debaixo de água- ouve-se líquidos. Ex: sangue nos pulmões)

<u>Procedimento na avaliação física usada pelo enfermeiro</u>

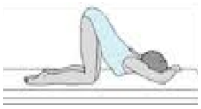
- Explicar a intervenção
- Espaço físico (conforto e privacidade)
- Reunir o material necessário
  - Esfigmomanómetro
  - Termómetro
  - Estetoscópio
  - Fita métrica
  - Lanterna
- Ajudar o cliente a assumir as posições necessárias
  - Além das vossas já conhecidas
  - Posição de SIMS (semelhante a semi-ventral)
  - Posição ortostática ou sentado

- Ajudar o cliente a assumir as posições necessárias

1)Posição ginecológica ou sacro dorsal

  - Cliente deitado sobre a face posterior do tronco, com as coxas em flexão completa sobre o abdómen e as pernas fletidas sobre as coxas e afastadas.
  - Os Membros Superiores poderão ficar estendidos ao longo do corpo ou cruzados sobre o tórax.
  - Indicada para: Observação/exame de órgãos pélvicos, bexiga, reto, vagina e colo do útero.

2)Posição geno peitoral



  - Cliente ajoelhado na cama ou mesa com os joelhos um pouco afastados, tronco apoiado na base (colchão) diretamente ou então numa almofada.
  - Face lateralizada.

- As coxas fazem um ângulo reto com a cama e consequentemente com as pernas.
- Os Membros Superiores podem ficar cruzados sob o tórax ou cabeça.
- Indicada para: Observação/exame do reto, bexiga e próstata.

<u>Procedimento na avaliação física usada pelo enfermeiro</u>

- Promover o relaxamento muscular
  - Palpar as áreas sensíveis em último lugar
  - Realizar em primeiro lugar a palpação superficial
  - Expor unicamente a área observada e durante o tempo estreitamente necessário
  - As mãos do enfermeiro devem estar quentes, macias e limpas
  - Evitar comunicação não verbal e verbal indesejada
  - Observar sinais não verbais de desconforto

<u>O que observar no exame físico e ordem</u>

- Pele:
  - Coloração
    * Normal, Corada
    * Alterações: cianosada (+escura, roxeada por falta de oxigénio nos tecidos/cianose central-por problemas nos pulmões. Nos lábios e mucosas), ictérica(amarelada), pálida, hematomas (elevação por líquidos), eritemas (localizados, generalizados).
  - Textura e espessura:
    * Normal: textura lisa e firme, sem elevações e sem depressões, com poros e pelos.
  - Verificar lesões, cicatrizes, pele áspera/ seca, enrugada/ desidratada (prega cutânea). Edemas: aumento do "volume" da pele que ocorre devido à acumulação de líquidos no espaço intersticial (sinal de godet)

- Faneras (unhas, cabelo):
  - Verificar se não há queda de cabelo (em homens de maior idade é mais comum)
  - Verificar se as unhas não estão quebradiças
  - Verificar se os cabelos estão brilhantes
  - Verificar se os cabelos não estão quebradiços

  } por falta de nutrientes

- Crânio
  - Normocefalia: tamanho normal
  - Macrocefalia: tamanho acima do normal
  - Microcefalia: tamanho abaixo do normal
  - Verificar simetria
  - Incisões e cicatrizes
  - Presença de Cefaleias (dor de cabeça)
  - Postura (equilíbrio ou não)
  - Movimentos involuntários ou tremores

- Olhos
  - Acuidade Visual (mantida ou diminuída) (se vê bem ou mal)
  - Uso de próteses (olhos de vidro, óculos)
  - Diplopia (ver duas imagens), Fotofobia (sensibilidade exagerada à luz)
  - Exoftalmia (olho estar saído do globo ocular)

- Ptose (queda da pálpebra superior) → lateral
- Prurido(comichão) → bilateral

Mucosa ocular: parte da pálpebra

- coloração normal: rósea-avermelhada
- alterações: descorada ou pálida (anemia-coloração mais esbranquiçada)

Esclerótica: parte branca do olho

- coloração normal branca e límpida
- alterações: ictérica.

- Pupilas:
  - Isocóricas (pupilas do mesmo tamanho)
  - redondas e reativas à luz (tornam-se mais pequenas com a luz)
  - Alterações:
    - midríase (dilatação);
    - miose (constrição);
    - anisocoria (as pupilas não têm as duas o mesmo diâmetro)

- Sistema de audição
  - Pavilhão auricular (implantação, simetria e tamanho)
  - Acuidade Auditiva (ouve ou não) mantida ou perda parcial ou total (uni ou bilateral)
  - Uso de próteses (aparelho auditivo)
  - Observar sintomas gerais: Otalgia (dor no ouvido), prurido, zumbido, secreções, edema, hemorragia, lesões, otorragia.
- Nariz
  - Simetria (do septo nasal), coloração da mucosa, deformidades, secreções….
  - Observar sintomas gerais: dor, obstrução nasal (uni ou bilateral), epistaxis (sai sangue das narinas de forma fluida proveniente das fossas nasais) (sai sangue acompanhado de tosse, proveniente das árvore respiratória-pulmões), edema, inflamação, alteração no olfato (hiposmia (não tem o olfato apurado), hiperosmia (ter o olfato apurado), anosmia (ausência do olfato).

- Boca
  - Mucosa oral: deve apresentar-se integra.
  - Língua: o dorso da língua deve apresentar a superfície rugosa e rosada.
  - Gengiva: podem apresentar alterações como lesões ulceradas ou hemorrágicas, além de processos infeciosos ou inflamatórios.
  - Dentição: verificar a quantidade e a conservação dos dentes, presença de cáries.
  - Uso de próteses
  - Presença de estomatites e/ ou candidíase

- Pescoço
  - Forma: Cilindro de contorno regular (altura: pescoço curto aos 30/40 anos associa-se à apneia do sono)
  - Mobilidade: flexão, extensão, rotação
  - Alteração: edema, massas, cicatrizes, rigidez ou flacidez

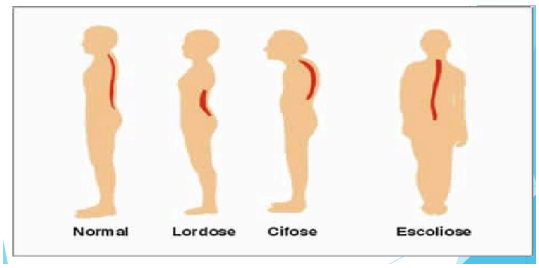
- Tórax
  - Simetria e forma
  - Massas visíveis ou cicatrizes
  - Pontos dolorosos
  - Alterações da pele
  - Características da respiração (frequência, ritmo, amplitude)
  - Expansão torácica (normal, diminuída, aumentada ou assimétrica- o pulmão levanta de um lado e o outro não)

- Abdómen
  - Forma e simetria: deve apresentar-se liso e simétrico na inspiração, mas pode apresentar-se plano, arredondado, protuberante, avental, escavado e ascítico.
  - A pele da parede abdominal deve ser observada quanto: integridade e a presença de cicatrizes, as quais devem ser descritas em relação a localização e as características, assim como outras marcas anormais como manchas(traumatismo), trajetos venosos dilatados e estrias.
  - Presença de massas, dor, hérnias (estrangulado: orifício e sai o intestino, o orifício fecha e aperta o intestino deixando de ser irrigado, dificultando a circulação)

Protuberante: abdómen axitico(barriga de ar)

- Membros
  - Avaliação comparando os lados bilateralmente.
    - ❖ Amplitude articular
    - ❖ Grau de mobilidade (independente, ajuda parcial, ajuda total)
    - ❖ Marcha e postura (equilíbrio)
    - ❖ Presença de dor, massas, deformidades, edemas
    - ❖ Força e tónus muscular (Hipo/híper tonicidade)
    - ❖ Tamanho da massa muscular (normal, hipertrofia muscular ou atrofia muscular)

- Coluna



  - Lordose: acentuar da curvatura a nível lombar
  - Cifose: acentuar da curvatura dorsal
  - Escoliose: por a pessoa de costas para ver

<u>O que observar no exame Psicossocial</u>

- Ajuda a avaliar a capacidade que o cliente tem em compreender o que se está a passar e em que medida poderá cooperar no plano de cuidados
  - Comportamento (agressivo, calmo, ansioso)
  - Comunicação
    - Discurso-coerência (falar quando é preciso), fluência (falar rápido ou devagar)
  - Orientação tempo e espaço
  - Memória (curto-30s e longo prazo)
  - Avaliar pensamento concreto (pensar e responder ao que é preciso)
  - Avaliar pensamento abstrato (pensar e responder ao que é preciso, mas também generaliza para situações iguais à que está a viver)
  - Concentração
  - Mecanismos de adaptação (coping: capacidade de adaptação/reação a uma nova situação-fugir ou responder)
  - Perceções(observação): observação-> comunicação-> entrevista
  - Capacidade de compreender e/ou obedecer a ordens simples
  - Interiorização/aceitação, conhecimento da crise situacional
  - Auto -imagem (sou bom, sou mau) /Auto – estima (gostar de si próprio)
  - Problema atual e sua história
  - Valores, Crenças
  - Religião

Relação de Ajuda

- A relação de ajuda resulta da interação entre duas pessoas, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e satisfação de uma necessidade de ajuda, pelo que:
  - O enfermeiro é alguém que ajuda
  - O utente é alguém que procura ajuda

- LAZURE (1994: 13) salienta que para “se poder ajudar de forma adequada, a enfermeira deve, em primeiro lugar, saber e acreditar que o cliente, independentemente da

natureza do seu problema de saúde, **é o único detentor dos recursos básicos para o resolver**."

- Objetivos da relação de ajuda:
  - Que o cliente se sinta compreendido
  - Favorecer uma participação otimizada do cliente
  - Fazer desta experiência relacional uma ocasião de aprendizagem e desenvolvimento para o cliente
  - Ajudar o cliente a ver o seu problema de forma mais clara e realista
  - Modificar/ acrescentar alguns comportamentos que podem dificultar a sua adaptação, à nova situação
  - Satisfazer as necessidades bio-psico-sociais e espirituais do cliente
  - Desenvolver uma autoimagem mais positiva do cliente
- Caraterísticas da relação de ajuda:
  - Ter em atenção que cada ser humano é único
  - **Centrada** no utente
  - Tem como pedra angular a empatia
  - **Aceitação** (das crenças e valores)
  - Saber **escutar**
  - Confrontar (chamar o doente com cuidado à realidade:" não me quero mexer" "olhe que pode ser mau para si")
  - Ser **Congruente**(coerente)
  - Dirigida para realização de **objetivos mútuos**

<u>Fases da Relação de Ajuda</u>

1. *Fase contratual* (determinação do problema)
   - Estabelecimento da relação através de um clima de confiança
   - Pelo que deve estar presente a honestidade
   - O utente deve perceber que esta relação está sempre sob confidencialidade
   - Mostrar sensibilidade para as necessidades do cliente e compreendê-las
   - Identificar as necessidades de ajuda e clarificá-las
   - Clarificar o papel do Enfermeiro (fazer por, ajudar, ensinar/orientar, supervisionar: avaliação periódica, monitorizar: acompanhamento diário)
   - Esta fase termina com um acordo de ambas as partes, com a finalidade de resolver os problemas do utente (fazer a validação com o utente)

2. *Fase ativa* (Planeamento/Execução/ avaliação)
   - Enfermeiro e o cliente /família trabalham em parceria
     - Traçando objetivos a atingir
     - Procurando soluções
     - Sugerem-se cuidados
     - Sugerem-se comportamentos
   - Implementam-se os cuidados/ comportamentos acordados
   - Avaliam-se os resultados obtidos com o cliente/ família

3. *Fase de conclusão* (pré-alta)
   - Não deve ser abrupta nem inesperada (ex. no momento da preparação para a alta)
   - Atender que por vezes este fim de relação não é fácil
   - Podem surgir sentimentos de negação

- Clarificar o fim da relação

Aspetos que promovem a Relação de Ajuda

- O enfermeiro deve humanizar-se a si mesmo, assimilando **valores humanos universais**, facilitadores do desenvolvimento das capacidades de ajuda.

  - Disponibilidade
  - Proporcionar diálogo aberto
  - Verbalizar sentimentos
  - Sugerir colaboração
  - Respeitar o silêncio
  - Confrontar com a realidade (recursos: podem não os ter para implementar a mudança)
  - Validação consensual

Trabalho em Equipa

Diferença entre grupo e equipa

- Grupo: é a simples reunião de duas ou mais pessoas que se juntam, visando a realização de um objetivo (trabalham sem nenhum objetivo em comum), não tendo necessidade de se vincularem num trabalho coletivo que precise de um esforço conjunto (segurança, estatuto social, autoestima, poder)
- Equipa: as pessoas **juntam-se** num esforço coordenado, em determinado trabalho, **para um determinado objetivo**

- O trabalho em equipa surge porque o doente é um ser biopsicossocial, **como um todo**, não sendo suscetível de "dividir em partes", pelo que para se cuidar do cliente como "um todo" é necessário juntar diferentes profissionais, onde cada um exerce a sua atividade, mas **todos coordenados entre si**

Caraterísticas do trabalho em equipa:

- Objetivo bem definido
- Cada membro contribui com as suas competências e aptidões
- Coordenação com as funções dos outros membros da equipa
- Tarefas bem definidas para cada membro da equipa
- Divisão do trabalho (mas em complementaridade)
- Troca de informação entre os diferentes membros da equipa (comunicação eficaz)
- Comportamentos positivos entre os diferentes membros da equipa
- Partilha da responsabilidade pelo resultado final

Dificuldades para trabalhar em equipa:

- Número de intervenientes demasiado grande
- Diluição de responsabilidades
- Diferenças de estatuto social
- Diferentes níveis retributivos

- Conflitualidade latente
- Dificuldade em comunicar
- Cada membro da equipa trás consigo os seus ideais e projetos pessoais, que terão de se acomodar ao projeto comum (e quer impor métodos utilizados anteriormente)
- Neste sentido cada membro da equipa também trás a carga de experiências anteriores, que tende a reproduzir e que por vezes chocam com as experiências dos outros membros da equipa
- Aspeto afetivo que contribui para a formação de "subgrupos" o que leva por vezes à dificuldade de comunicação entre os diferentes membros da equipa
- "Tentação" em seguir o exemplo de outros grupos, em situações semelhantes, mas com um sucesso relativo

Toque

- O ato de tocar é considerado um **meio de comunicação não verbal** que deve ser utilizado nos cuidados de enfermagem. Perante a doença os doentes apresentam-se extremamente fragilizados, tanto física como emocionalmente, pois existe uma exacerbação das suas necessidades, dai a importância do toque na área da saúde

Tipos de Toque

- **Toque instrumental**: quando o contacto físico é intencional ou necessário para o desempenho de uma intervenção de enfermagem específica, tais como: administrar terapêutica ou elaborar um penso operatório;
- **Toque afetivo ou expressivo**, é o contacto relativamente espontâneo, não necessariamente relacionado com uma intervenção técnica de enfermagem, que transmite sentimentos conscientes ou não

Situações de uso do Toque

- Em doentes inconscientes
- Quando o silêncio se torna importante, na comunicação com o doente o toque é fundamental
- Na doença, também, pode significar apoio, carinho e valorização da pessoa e não apenas a sua doença

Destreza Manual e Criatividade

- Destreza Manual
  - Considera-se a capacidade que o indivíduo tem de usar as suas mãos
  - Está relacionada com o desenvolvimento da coordenação muscular, conseguida através de prática repetida, para **desenvolver um movimento específico**
- Criatividade
  - Capacidade de o indivíduo produzir obras ou ideias originais a partir dos recursos disponíveis
  - Na profissão de enfermagem recorre-se à criatividade para atender de forma satisfatória às necessidades de **cada utente**

Fatores que interferem na Criatividade

- Idade
- Meio ambiente (recursos disponíveis)
- Imaginação
- Moda (as coisas mudam com o tempo)
- Resistência à mudança

Registos em Enfermagem

- (Florence Nightingale: 1885)
  - "não se fazem estatísticas nem da classe etária na qual ocorrem mais óbitos, nem dos tipos de tratamento, do aspeto do corpo após a morte, etc.
  - Geralmente os nossos registos são tão pobres que, muitas vezes, o único registo existente é: morreu um homem em determinado dia".
  - "Existe uma imensidão de massagens com pomada de zinco, mas não encontrei uma única observação sobre a existência do risco de escaras... Isto é deficiente...
  - Não há nada que nos diga "ela avaliou as temperaturas, que estão anormalmente elevadas, é raro existirem dados através dos quais se possa dizer que uma doença grave está a evoluir para a cura ou não. Esta é uma falha capital.".

Registos em Enfermagem

- são transcrições por escrito (papel e/ ou informaticamente), de atos ou dados, para lhes dar autenticidade

Importância dos Registos em Enfermagem

- É através dos registos que é comprovada a assistência prestada ao utente;
- São apoio científico, pois documentam não só o que se faz, mas também **porque se faz**, documentando a **necessidade** dos cuidados prestados;
- Consiste num meio de comunicação entre a equipa de saúde;
- Contribuir para a autonomia e desenvolvimento profissional
- Garante a **continuidade** de cuidados prestados;
- Esta continuidade de cuidados favorece o sentimento de **segurança do doente**;
- Dá também maior segurança ao enfermeiro
- Valor legal:
  - Proporcionam ao doente a possibilidade de provar como foi cuidado
  - Permite ao enfermeiro provar como prestou cuidados ao doente

Como redigir os registos em Enfermagem:

- Tendo em atenção o valor científico, profissional, jurídico… dos registos e que quem rediz os mesmos é responsável pela comunicação como a forma é efetuada deve-se ter em atenção os seguintes princípios:
  - Redação num texto:
    - Curto
    - Completo
    - Claro

        - ❖ Preciso
        - ❖ Linguagem percetível
- Informações objetivas
    - Dados mensuráveis e observáveis
    - As informações subjetivas devem ser registadas entre aspas e nas palavras do cliente.
- Não fazer omissões
- Não antecipar registos (de medicação, de doentes em coma que têm evolução lenta)
- Usar apenas abreviaturas e símbolos adotados pela Organização
- Não deixar espaços em branco (preencher com linha reta)
- Assinatura legível. A assinatura identifica o responsável pelos cuidados.
- Não escrever criticas e/ou juízos de valor
- Registar dúvidas e/ou esclarecimentos
- Registar eventuais recusas de procedimentos pelo cliente:
    - Indicar a razão
    - Indicar as ações envolvidas
    - O que recusou
- Em caso de Erro:
    - Não apagar e não usar corretor
    - Não rasurar
    - Traçar com linha única
    - Escrever: “sem efeito” ….
    - Assinar ou rubricar por cima

<u>No processo do doente que inclui (papel e/ ou informaticamente):</u>

- Impresso de Processo de Enfermagem;
- Gráfico de Sinais Vitais
- Registos de enfermagem (notas de evolução)
- Registo de terapêutica
- Prescrições médicas
- História clínica
- Diário clínico
- Exames complementares de diagnóstico

NHB Respirar

<u>Sinais e Sintomas que acompanham as alterações da função respiratória</u>

- Taquipneia, bradipneia, apneia, ortopneia

- Dispneia
    - Dificuldade respiratória, acompanhada de uma sensação subjetiva de falta de ar (mas podem manifestá-la de formas diferentes e tolerá-la de maneira diferente)

- Dor
    - A dor torácica de origem respiratória, quando típica é descrita como pontada (pneumonia)
    - É acentuado na inspiração

- Astenia
  - A fadiga e a fraqueza muscular surgem devido á inadequada oxigenação do tecido muscular
  - Cansaço fácil, fadiga surge porque não chega oxigénio aos tecidos, logo os músculos não trabalham

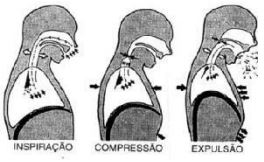
- Cianose
  - Consiste na coloração azulada da pele e ou mucosas. Está relacionada com um défice de oxigénio no sangue.
  - Cianose Central: nos pulmões (desde a entrada até aos alvéolos)
  - Cianose Periférica: nos membros (a partir da perfusão)

- Confusão e desorientação no tempo e no espaço
  - Relacionada com um défice de oxigénio, a nível cerebral

- Hemoptises
  - Expulsão de sangue pela boca, oriundo das vias respiratórias ou pulmões.
  - Este sangue apresenta-se vermelho vivo, espumoso e a sua saída é acompanhada de tosse.

- Tosse
  - Trata-se, geralmente de um reflexo defensivo (desimpede as vias aéreas do excesso de secreções ou corpos estranhos) comum à maioria das doenças do aparelho respiratório.
  - Pode ser um ato reflexo ou voluntário
  - Tipos de tosse:
    - ❖ Seca, da qual não resulta expulsão de expetoração(orofaringe).
    - ❖ Produtiva, ou húmida que provoca expulsão de expetoração (tosse com secreções ou expetoração-saída de secreções).

  - Mecanismo da Tosse



    *1º a tosse é sempre antecedida de uma inspiração profunda
    *2º encerramento da glote
    *3º contração forçada dos músculos expiratórios, o que provoca o aumento da pressão na arvore respiratória
    * 4º em seguida a glote abre-se, havendo consequentemente uma forte expulsão de ar
    Resumo: Contração dos músculos expiratórios(abdominais) contraindo a caixa torácica, +pressão da caixa torácica, mas o ar não sai porque a glote está fechada. Quando atinge uma pressão demasiado grande a glote abre e o ar expirado sai de uma só vez com uma grande velocidade.

- Expetoração
  - Constituída pelo muco da árvore brônquica e seus elementos anormais, sendo expelida para o exterior através da tosse.
  - Tipos de expetoração

        - ❖ Hemoptóica
        - ❖ Mucosa
        - ❖ Purulenta
- Vómica: pus com tosse
    - Consiste na expulsão brusca e maciça de uma grande quantidade de pus (abcesso, que se rompe) ou líquido (quisto hidático), através de acessos violentos de tosse
- Epistaxes: Sangue proveniente das fossas nasais
- Hemacmeses: saída de sangue proveniente do esófago e do tubo digestivo (vem com vómitos

- Tiragem
    - Consiste na retração, durante a inspiração, das fossas supra e infra claviculares, espaços intercostais e epigastro
    - Porque existe uma obstrução das vias aéreas, a caixa torácica expande, mas como não entra ar os músculos e os órgãos vão para dentro porque existe vácuo

<u>Conceitos associados à NHB Respirar</u>

- Isquémia: A falta de O2, a nível das células, numa fase inicial, leva a **sofrimento celular, mas sem morte da mesma**
- Necrose: se a falta de O2 se mantiver ou inclusive ausência total leva a **morte celular**
- Hipoxia: baixa concentração de O2 a nível dos tecidos
- Anoxia: Ausência total de O2 a nível dos tecidos (pode levar à isquémia)
- Hipercapnia: Aumento da concentração de CO2 no sangue
- Hipoxemia: Baixa da concentração de O2 no sangue

<u>Papel do enfermeiro relativamente à NHB Respirar</u>

- Fazer colheita de dados
    - Estado de consciência e orientação
    - Características da Respiração e Padrão respiratório
    - História laboral (doenças profissionais, o trabalho pode interferir na respiração)
    - Terapêutica(medicamentos)
    - Hábitos tabágicos
    - Antecedentes clínicos
    - Exploração dos sinais e sintomas que acompanham as alterações da função respiratória
    - Repercussões das alterações nas restantes NHB (influência das restantes NHB)

- Manter as vias aéreas desobstruídas
    - Aspiração de secreções
    - Estimular o doente a tossir, entre e durante as aspirações
    - Evitar flexão do pescoço
    - Se necessário uso do tubo de guedel
    - Administrar fluidificantes de secreções (se prescritos)
    - Hidratar o doente
    - Atmosfera húmida

- Evitar o sedentarismo

- Medidas para manter a eficácia ventilatória (até aos alvéolos): aumento do tórax e a descida do diafragma e dos órgãos
  - Aliviar a dor
  - Posição de Fowler: sentado (aumento da caixa torácica, +facilidade do diafragma em baixar do que em decúbito dorsal)
  - Estimular a ciclos respiratórios profundos de uma forma regular (para obrigar os alvéolos a abrir, que tendem a ir fechando com uma respiração sempre idêntica)
- Se o doente tiver tosse seca administrar antitússicos (se prescritos)
- Estimular ao repouso
- Tentar diminuir a ansiedade
- Verificar as caraterísticas da respiração
- Fazer Oxigenoterapia
  - Consiste em enriquecer o ar inspirado em O2
  - Objetivo: prevenir a hipoxia/ reverter a hipoxia
  - Indicações para a oxigenoterapia: Dispneia
    Saturação de O2 inferior a 88%
    Cianose central
  - Formas de administração:
    - Baixo débito: sonda nasal, sonda nasal dupla (óculos nasais), máscara facial simples e tenda
    - Alto débito: máscara de Venturi

<u>Sonda Nasal</u> <u>Sonda Nasal Dupla (óculos nasais)</u> <u>Mascara facial simples</u>

- Cuidados gerais na administração de Oxigenoterapia
  - Preparar o material
    * Fonte de O2: 1)Rampa de O2 (Verificar se está funcionante)

- Cuidados gerais na administração de Oxigenoterapia
  - Preparar o material
    * Fonte de O2: 1)Rampa de O2
    2)Gasómetro (bala de O2) verificar se tem O2 suficiente

Mascara de Ventury

- Cuidados gerais na administração de Oxigenoterapia
  - ❖ Preparar o material
    * Manómetro se a fonte de O2 for o gasómetro para verificar se há O2 suficiente
    * Debitómetro - Controla a saída do O2, em litros por minuto
    * Humidificador
    * Tubo de ligação
    * Adaptador
    * Dispositivo final

Gasómetro(bala de O2)

Tenda

Papel do enfermeiro relativamente à NHB Respirar

- Preparar psicologicamente
- Verificar se não há fugas
- Manter humidificador com a agua (não deixar secar)
- Manter as vias aéreas desobstruídas
- Prevenção de incêndios
- Atenção aos doentes com DPOC(+oxigénio): só a oxigénio, é que estimula o centro respiratório, porque oxigénio faz a pessoa respirar mais devagar.
- Verificar se o débito que o doente está a fazer está de acordo com o prescrito
- Fazer despiste de situação de o doente estar a receber O2 em quantidade insuficiente
  - Cianose central
  - Taquicardia
  - Taquipneia
  - Dispneia
  - Confusão mental
  - Astenia(cansaço)
  - Ansiedade
  - Tendência a lipotimia (desmaio-oxigénio a menos)
- Fazer despiste de situação de o doente estar a receber O2 em quantidade em exagero
  - Cefaleias
  - Rubor facial
  - Mucosas secas
  - Eventualmente bradipneia

Aspetos específicos em relação à sonda nasal

- Vantagens
  - Permite ao doente comer e beber
  - Evita que o doente inspire o ar expirado

- Não dá sensação de claustrofobia

- Desvantagens
  - Introdução desagradável
  - No momento da introdução pode haver laceração da mucosa a nível de fossas nasais com consequente epistaxes

Cuidados específicos em relação à sonda nasal

- Não usar lubrificantes gordurosos na introdução (pelos incêndios), e sim água destilada ou cloreto de sódio isotónico
- Medir o que deve ser introduzido,
- Mudança diária da fixação e sempre que necessário
- Em caso de substituição da sonda alternar o local

Aspetos específicos em relação à sonda nasal dupla

- Vantagens
  - Permite ao doente comer e beber
  - Evita que o doente inspire o ar expirado
  - Não dá sensação de claustrofobia
  - Fácil aplicação
- Desvantagens
  * Não permitem débitos acima dos 5L/ minuto

Cuidados específicos em relação à sonda nasal dupla

- Verificar periodicamente se está bem aplicada
- Forma ideal para baixos débitos

Aspetos específicos em relação à máscara Facial Simples e de Venturi

- Vantagens
  - Mais eficiente
  - Não causam grande desconforto
  - Permite a administração em altos débitos (até 60%), no caso da máscara de Venturi, a Facial Simples só permite até 5L/ minuto
- Desvantagens
  - Claustrofobia

Cuidados específicos em relação à máscara (Facial Simples e de Venturi)

- Verificar se é o redutor adequado

- A adaptação da mascara deve ser perfeita não ficando muito folgada porque permite fugas nem muito apertada porque traumatiza os locais da face onde se apoia
- Retirar a mascara de 3 em 3h massajando as zonas de pressão com creme gordo